

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N° 446

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques, René CHOLTUS

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 13 Avril 1928 à Saigon

présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
DES GASTRECTOMISES
TUBERCULOSE
PRE ET POST-GASTRECTOMIE

Président : Monsieur JUSTIN-BESANÇON (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir - Delavigne
PARIS - VI*

1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

—:—

Année 1957

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques, René CHOLTUS

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 13 avril 1928 à Saïgon

—:—

Présentée et soutenue publiquement
le

—:—

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
DES GASTRECTOMISES
TUBERCULOSE PRE et POST-GASTRECTOMIE

—:—

Président : Monsieur JUSTIN-BESANÇON
(Professeur)

—:—

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1957.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER E., OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN..... Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR..... Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM
Anatomie.....	CORDIER
Anatomie pathologique.....	DELARUE
Bactériologie.....	FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux Sports.....	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale.....	FAUVERT
Cancérologie médicale, sociale.....	BERNARD J.
Carcinologie.....	N.
Chimie Médicale.....	JAYLE
Hôtel-Dieu.....	BROCQ
Cliniques Chirur. { Broussais.....	G. d'ALLAINES
Salpêtrière.....	MOULONGUET
(Cochin.....	QUENU
Clinique chirurgicale répara- trice et orthopédique.....	(MERLE d'AU- BIGNE
Clinique de Cardiologie.....	MOUQUIN
Clinique chirurgicale infan- tile et d'orthopédie.....	FEVRE
Clinique chir. pleuro-pulmon.....	MONOD
Clinique de la Tuberculose.....	BERNARD E.
Clinique de neuro-chirurgie.....	(PETIT- DUTAILLIS
Clinique de Puériculture.....	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEGOS
Clinique des maladies du sang.....	CHEVALLIER
Clinique des maladies du systè- me nerveux.....	ALAJOUANINE

Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales } et de l'encéphale }	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition }	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO
	BARIETY
Cliniques Médicales	J. BESANÇON
	MOREAU
	(de GENNES
Clinique méd. hydro-climat. thér.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V.-R.
	(LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	VARANGOT
	(LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	CATHALA
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU CHRISTOL NEVOT BOURLIERE ETTORI POLONOVSKI J. DUPERRAT TUCHMANN BULLIARD COUJARD N.... CORNET BOYER DEPARIS BASTIN DEROBERTE GAULTIER HADENGUE DAVID LHERMITTE GRASSET LE LORIER LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY BREGEAT DESVIGNES JUDET AUBRY MADURO BRUMPT CHABAUD ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX	Pat. Chir.	(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB MATHEY OLIVIER (Cl) POILLEUX THOMERET VERNE (J M) MAURICE LOEPER POUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISSAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHÉ MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAT WOLFRAMM JOSEPH POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI Melle LEVY CHEYMOL BARGETON DEJOURS PARROT DJOURNO GOUGEROT KREIS
Bactériologie		Pat. expé- riment.	
Biol. méd.			
Chimie méd.			
Dermato-syphil.			
Embryologie			
Histologie			
Hydrologie			
Hygiène			
Mal. infect.		Pat. méd.	
Médecine)			
légale et)			
du Trav.)			
Neurochir.			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophtalmo- logie		Pédiatrie	
Orthopédie		Pharmacol.	
Oto-rhino- laryngo.)			
Parasito.		Physiol.	
Parasito.col.		Physique	
		médicale	
Pat. chir.		Pneum. phtis.	

	MM.		MM.
Psychiatrie	{ BARUK PICHOT	Stomato	{ CHAPUT Mme CERNEA
Psych. infant.	MICHAUX	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE

III.-- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL.

IV.-- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chir.	{ AMELINE HUGUIER LEGER PADOVANI ROUX	Urologie	{ COUVELAIRE BROUET DREYFUS FAUVERT
	{ RUDLER SICARD	Clinique mēl.	{ HAGUENAU HAMBURGER KOURILSKY
Clinique } obstét. }	{ ECALLE MAYER		{ MARCHAL SOULIE
Clinique } ophtal }	{ OFFRET RENARD		

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr. HAHN
Conservateur Melle GOICHON
Bibliothécaires. { Melles DUMAITRE
LE NOIR
METIN
QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme

A ma Fille

A mes Beaux-Parents

A mes Amis

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur JUSTIN-BESANÇON

Professeur de Clinique Médicale à
la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie Nationale de
de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Professeur MOULONGUET
Monsieur le Professeur Agrégé J.M. VERNE
Monsieur le Docteur CARRIE
Monsieur le Docteur SERINGE
Monsieur le Docteur LEREBoullet
Monsieur le Professeur Agrégé MERGER
Monsieur le Docteur JANET
Monsieur le Docteur BOLGERT
Monsieur le Docteur LEChelle
Monsieur le Docteur M. DEBRAY

A Monsieur le Docteur PARAF

Médecin de l'Hôpital Bichat
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a aidé de
ses conseils.

A Monsieur le Docteur ZIVY

Assistant des Hôpitaux de Paris

Qui nous a aidé tout au long
de l'élaboration de ce
travail.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE DES GASTRECTOMISES
TUBERCULOSE PRE ET POST-GASTRECTOMIE

Nous croyons intéressant d'attirer de nouveau l'attention sur les rapports entre tuberculose et gastrectomie pour ulcus gastro-duodéal. En effet, bien que le sujet soit connu depuis de nombreuses années, et qu'il ait suscité beaucoup de travaux, il n'en reste pas moins d'actualité. Et, surtout, nous pensons que médecins et chirurgiens ne se préoccupent pas assez des conséquences pratiques si importantes d'un tel sujet : c'est-à-dire le bilan pulmonaire d'un ulcéreux devant être ou ayant été gastrectomisé.

HISTORIQUE

--:-

Nous ne ferons qu'un bref rappel.

Les rapports entre tuberculose et gastrectomie pour ulcus gastro-duodéal avaient été évoqués depuis longtemps (en particulier CADE et RAVAUUE , 1924 ; MULLER, 1941).

En 1947, MANDAVY signale , dans une série de 35 gastrectomisés, un cas de tuberculose pulmonaire mortelle, apparue 15 mois après l'intervention.

OLMER et HUGUET, en 1947, relèvent quatre tuberculoses pulmonaires apparues 1 mois, 8 mois, 12 mois, et 16 mois après une gastrectomie pour ulcère.

La même année, dans sa thèse, HUGUET crée l'expression de tuberculose des gastrectomisés.

Désormais se succéderont les publications et thèses. Très vite, les rapports entre tuberculose et gastrectomie, d'abord discutés, seront admis par la plupart des auteurs.

En 1951, BROUET, MARCHE, BROCHEN, et BOURVEN concluent à la fréquence apparente de la tuberculose chez les gastrectomisés pour ulcère. En 1952, BROUET, MARCHE et

PALEY prennent encore une fois position pour cette fréquence.

Mais cette fréquence reste elle-même très diversement appréciée selon les auteurs. Les différentes enquêtes effectuées à ce sujet n'ont pu aboutir à une conclusion définitive.

Par contre, on isole les formes des sujets apparemment indemnes avant l'intervention, par opposition aux formes des sujets antérieurement tuberculeux. Et là encore, les fréquences respectives de ces formes sont discutées. Nous verrons plus loin ce qu'il faut en penser.

STATISTIQUES

-:-

Comme pour les autres complications de la gastrectomie, les avis diffèrent quant à la fréquence de la tuberculose pulmonaire. Peu fréquente pour la plupart des chirurgiens, elle l'est davantage pour les médecins. Encore les estimations varient-elles, même pour ceux-ci, suivant les spécialités, et surtout suivant les milieux dans lesquels on effectue une enquête.

POUR LES GASTROENTEROLOGUES

Parmi les gastroentérologues, HILLEMAND, MAFFEI, B. HILLEMAND ont convoqué 312 gastrectomisés pour étudier les suites de l'intervention. Mais sur ces 312 sujets, 126 ne purent être interrogés. Ce déchet de plus d'un tiers, sur un nombre aussi élevé, est donc susceptible de fausser les chiffres. Sur 169 gastrectomisés retenus, les auteurs relèvent 23 cas de tuberculose (soit 13,6 %) dont 14 évolutives (8,2 %).

Les pourcentages de tuberculose chez les gastrectomisés apparaissent ainsi non négligeables.

POUR LES PHTISIOLOGUES

Il est difficile en milieu sanatorial de donner une statistique précise, En particulier à Brévannes, où sévit un certain nomadisme chez nos malades,

nomadisme qui gonfle exagérément le chiffre des entrées.

Dans un seul service, pour les années 1955-1956, nous avons relevé seulement 29 gastrectomisés pour ulcère gastro-duodénal soit moins de 3 % (pour 1144 entrants).

Sur ces 29 gastrectomisés, 15 seulement ont été suivis, les 14 autres ayant quitté le service, soit sur leur demande, soit par mesure disciplinaire.

DANS UNE CONSULTATION PHTISIOLOGIQUE

Nous avons étudié dans une autre collectivité sociale plus homogène les tuberculeux ayant été gastrectomisés et vus à la consultation phtisilogique. Nous n'avons pu préciser les pourcentages de ces malades par rapport aux autres tuberculeux, mais il faut répéter qu'il est bien difficile en milieu phtisilogique d'apprécier la fréquence réelle des tuberculoses chez les gastrectomisés.

BASES DE NOTRE ETUDE

--:--

Nous avons pu ainsi, dans cette collectivité, rechercher les antécédents tuberculeux éventuels des gastrectomisés suivis à la consultation phthisiologique, et surtout rechercher des radiographies pulmonaires antérieures à l'intervention. Nous comparerons les résultats de cette enquête à ceux de notre étude au Centre hospitalier Emile Roux à Brévannes.

Dans cette collectivité, nous avons relevé 34 observations de tuberculeux ayant été gastrectomisés. Sur ces 34 sujets, 30 n'ont pas dans leur dossier un cliché pulmonaire antérieur à l'opération. L'un de ces 30 sujets proposés à la gastrectomie avait présenté une pleurésie sérofibrineuse 23 ans auparavant ; un autre avait des antécédents tuberculeux mal précisés. Dans tous ces cas, l'on s'était contenté d'un contrôle radioscopique qui conclut à une image normale ou stabilisée.

Les quatre autres sujets avaient, dans leur dossier, une radiographie pulmonaire antérieure à la gastrectomie. Ces radiographies avaient été demandées, au cours d'un premier contrôle médical pour des raisons mineures : bronchites, toux, ou même à titre tout à fait systématique.

Ces 34 gastrectomisés, une fois leur tuberculose dépistée, ont été envoyés à la consultation phthisiologique ; et l'on a joint à leur dossier la radiographie antérieure quand elle existait.

Or, et c'est là pour nous le point essentiel, en reprenant ces radiographies et en les étudiant par rapport à l'évolution ultérieure, nous avons toujours retrouvé une image anormale ou subnormale.

Nous pouvons donc dire que sur ce lot de 34 gastrectomisés :

- On n'a pas suffisamment tenu compte des antécédents tuberculeux quand ils existaient.

- chaque fois qu'une radiographie pulmonaire a été pratiquée avant l'intervention, elle présentait des lésions dont on a méconnu à tort l'existence.

Nous versons au dossier les six observations que nous avons ainsi recueillies.

°°°

Observation N° I

Sujet avec des antécédents tuberculeux connus et considéré à tort comme stabilisé.

M. RIC... Louis, 57 ans.

Pleurésie sérofibrineuse bilatérale en 1924 - Traitement : repos

1947 : gastrectomie pour ulcus.

Mai 1948 : toux et expectoration.

Juin 1948 : radiographie pulmonaire (considérée comme normale)

apex droit: petites calcifications en
foyer

base droite : plèvre festonnée.

1948 : deuxième intervention (ulcus peptique ?)

Décembre 1948 : grosse poussée cavitaire
sommet droit.

Début 1949 : bacilloscopie positive.
création de pneumothorax droit
liquide contrôlectif

Décembre 1949 : abandon du pneumothorax
figure de substitution

Mai 1950 : à droite aspect substitutif
et cavité sous-jacente - antibiotiques.

Juin 1950 : à droite : foyer excavé avec
infiltrat nouveau en dessous
à gauche : semis nodulaire.

Décembre 1951 : aggravation.

Entre 1952 et 1953 : continuation du traitement
antibiotique
nettoyage à gauche
on pratique une thoracotomie à droite.

De 1953 à 1955 : Réévolution, notamment
à gauche.

En conclusion :

- absence de contrôle radiographique
avant la première intervention.
- radiographie pulmonaire anormale avant
la deuxième intervention.
- Evolution quelques mois après celle-ci.
- Poussée évolutive sous traitement.
- Difficulté de maintenir une stabilisation.

Observation N° 2

Sujet avec des antécédents tuberculeux mal connus. M. GR... François, 57 ans.

En 1935 : présente des lésions pulmonaires pour lesquelles on parle de tuberculose pulmonaire - Aucune autre précision - Pas de traitement à part le repos.

1939 : ulcère gastrique.

1949 : Gastrectomie.

1949 : radiographie pulmonaire après gastrectomie :

apex droit : quelques travées bulleuses ou périlobulaires,
quelques calcifications rétroclaviculaires
quelques nodules rétroclaviculaires.

champ gauche : quelques nodules disséminés.

1955 : macronodules en petit nombre, latérohilaires droits, avec diffusion type infiltrat.

caverne possible à l'apex droit
(pas de tomographies dans le dossier)
bacilloscopie positive

Envoyé à l'hôpital, puis en sanatorium.

Reçoit : P.A.S. intraveineux, 194 flacons
streptomycine 70 grammes

1956 : Stabilisation avec images moins opaques, persistantes avec foyer lésionnel d'aspect fibrocalcaire.

En conclusion :

- absence de contrôle radiographique après l'intervention.

- évolution tuberculeuse six ans après elle.

- doses élevées d'antibiotiques
- résultats assez décevants.

°°°

Observation N° 3

Sujet avec des antécédents tuberculeux connus et une radiographie pulmonaire antérieure à la gastrectomie.

M. DIR... Eugène 50 ans.

Adénite cervicale tuberculeuse d'ans son enfance.

1940 : opéré d'une fistule anale.

Imbibition éthylique de longue date.

1949 : radiographie :

- deux tiers du champ droit voilés par une surcharge manifeste de la trame - Aspect fibreux ancien possible.

- petits nodules souvent calcifiés, diffus, notamment au hile droit.

- à gauche, arborescences sous-claviculaires assez nettes et quelques nodules.

1950 : légère majoration sous-claviculaire gauche.

1951 : gastrectomie pour ulcus.

La radiographie paraît montrer un progrès sous-claviculaire gauche.

1952 : apparition d'une opacité apicale droite interne plus marquée - bases un peu plus chargées.

Mai 1953 : évolution nette : gros foyer de l'apex droit.

traitement antibiotique.

Décembre 1953 : extension du foyer droit

apparition d'un foyer basal gauche
excavé

bacilloscopie négative.

1954 : pas d'action de la streptomycine
sur les signes fonctionnels, mais diminu-
tion des signes radiologiques.

On discute une dilatation des bronches.

Une bronchoscopie pratiquée est normale.

Bacilloscopie positive après aérosol-
thérapie.

Puis augmentation de l'opacité, surtout
à la base droite.

Envoyé en sanatorium.

Tentative de création de pneumothorax,
échec.

Décédé en 1955 - présentait : ascite ;
polynévrite des membres inférieurs ; asys-
tolie.

En conclusion :

- des antécédents tuberculeux très nets.
- sujet alcoolique - On peut ainsi dis-
custer le rôle du terrain dans l'évolution
et surtout dans la mort.
- radiographie pulmonaire suspecte avant
la gastrectomie.
- pas de contrôle tomographique ni de
bacilloscopie.
- évolution tuberculeuse discrète un an
après l'intervention puis plus nette deux
ans après.
- bacilloscopie positive un an après le
début de l'évolution
- extension malgré le traitement.

Observation N° 4

Sujet avec une radiographie pulmonaire antérieure à la gastrectomie.

M. A... 50 ans.

Septembre 1950 : radiographie :
amas nodulaire de l'apex droit, avec une
petite plage centrale de la dimension d'une
lentille. On parle d'image normale.

Ethylisme évident.

1951 : gastrectomie pour ulcus.

Mai 1955 : poussée bronchopneumonique
bacilloscopie positive.

Hospitalisation

Apparition d'une ascite.

Décédé en septembre 1956.

En conclusion :

- radiographie suspecte avant la gastrectomie.
- pas de tomographies
- évolution quatre ans après l'intervention.
- terrain alcoolique.

°°°

Observation N° 5

Sujet avec une radiographie pulmonaire antérieure à la gastrectomie.

M. POST...

1944 : ulcus bulbaire

1945 : radiographie : quelques tractus dessinant une flammèche dans la partie moyenne du champ gauche.

1947 : persistance de l'ulcus.

Septembre 1948 : gastrectomie.

Août 1949 : apparition d'une opacité en bande à l'apex droit.

quelques nodules à l'apex gauche
bacilloscopie positive
envoyé en sanatorium
création de pneumothorax droit
extension à gauche.

1950 : thoracotomie à gauche
maintien du pneumothorax droit
caverne sur le moignon gauche,
puis aplatissement de la caverne.

1953 : abandon du pneumothorax
image stabilisée.

En conclusion :

- radiographie suspecte avant la gastrectomie
- évolution tuberculeuse un an après l'intervention
- stabilisation au prix d'un traitement de quatre ans, comportant deux collapsothérapies.

°°°

Observation N° 5

Sujet avec une radiographie pulmonaire avant la gastrectomie.

M. RAD...

- 1949 : radiographie :
- tractus sus-hilaires des deux côtés
 - petits nodules à gauche, dans la partie moyenne.

1951 : gastrectomie.

1953 : accentuation des tractus sur la radiographie,

tomographies de contrôle : micro-cavités sus-hilaires bilatérales,

• bacilloscopie positive,

Traitement antibiotique

Régression des images

Intolérance à l'isoniazide buccal ;
isoniazide en suppositoire bien toléré.

En conclusion :

- radiographie suspecte avant la gastrectomie,

- évolution tuberculeuse deux ans après elle.

CAUSES DES GASTRECTOMIES

— . —

LES STATISTIQUES

1° - Chez les malades de cette consultation phthisiologique :

Les six malades dont nous avons donné les observations ont été opérés pour échec d'un traitement médical, et non en raison d'une urgence chirurgicale.

Parmi les 28 autres, deux seulement (6 % pour toute la série) ont été gastrectomisés pour une perforation. Pour les autres, l'indication a été, là encore, celle de l'échec d'un traitement médical.

2° - Dans la série des malades étudiés à Brevannes :

Nous retrouvons les causes suivantes.
Pour un lot de 29 malades :

Crainte d'une dégénérescence	0
Hémorragies	hématémèses hématémèses et melœna 3 1
Sténose	1
Perforation	G. 3 sem. après la suture G. une année après la suture 1 3
Perforation et hématémèses	1
Crises hyperalgiques	1

Les 18 autres malades ont été gastrectomisés pour échec d'un traitement médical.

REMARQUES SUR LES CHIFFRES AINSI OBSERVES.

Pour le total de ces deux séries de malades, nous trouvons donc 5 gastrectomisés pour des ulcères ayant saigné (hématémèse ayant été associée dans un cas à une perforation), soit 8 %. On pouvait se demander si, (excepté les hématémèses associées, l'une à une perforation, l'autre à un melœna qui fut particulièrement abondant), l'importance de l'hémorragie nécessitait la gastrectomie. Les dossiers des malades n'ont pu, malheureusement, nous donner une réponse.

Nous trouvons par ailleurs 6 perforations (pour le total des 63 gastrectomisés) (nous ne parlerons plus de la perforation associée à une hématémèse). soit 10 %. La

méthode de Taylor ne fut pas tentée. La gastrectomie paraît avoir été faite de principe. On peut se demander (mais avec plus de précautions) si, les conditions locales le permettent, l'on aurait pu se contenter de la suture.

On remarquera l'absence de gastrectomie pour dégénérescence ou crainte d'une dégénérescence.

Enfin, l'on note un seul cas de sténose chez un ulcéreux de longue date.

La cause principale de ces gastrectomies apparaît donc comme l'échec d'un traitement médical (presque 80 %). Certes, chez plusieurs de nos malades, le traitement médical fut poursuivi plusieurs années. Mais nous n'avons pu préciser le type de traitement.

Il n'est pas besoin de souligner comme cette notion d'échec d'un traitement médical apparaît bien vague. La plupart des malades sont incapables de se rappeler le traitement reçu, à quel rythme, pendant combien de temps. Et ceci pour la bonne raison que la plupart furent indociles : les interrogatoires mettent parfois en évidence une déficience thérapeutique, soit du chef du malade, soit plus rarement du médecin. Et même pour les malades ayant été correctement traités, il eût peut-être mieux valu essayer de continuer celui-ci ; l'évolution tuberculeuse n'aurait peut-être pas eu lieu.

Il faut également souligner que pour beaucoup de nos malades, surtout pour ceux de la consultation phtisiologique, il s'exerça une pression sociale : les crises

ulcéreuses se répétant et interdisant aux malades de travailler à chaque fois, beaucoup espèrent, et parfois aussi leur médecin, que la gastrectomie supprimera ce handicap social et les rendra à une vie plus normale.

Il ne nous appartient pas de dénoncer les méfaits de la gastrectomie autres que la tuberculose, mais celle-ci nous apparaît assez grave pour que l'indication opératoire ne soit posée qu'après un bilan pulmonaire complet de l'ulcéreux.

Citons un exemple où ce bilan ne fut pas établi :

Observation N° 7

M. BL... René, 47 ans.

Avant 1939 : bronchites fréquentes chaque hiver.

Captivité en Allemagne.

Début des signes fonctionnels gastriques en 1941 - bronchites plus tenaces.

Retour de captivité : une radioscopie pulmonaire ne paraît pas suspecte.

Persistance des crises douloureuses - les radiographies de l'estomac ne montrent rien à ce moment.

1944 : reçoit quelques séries intraveineuses d'un produit dont il ne se rappelle pas le nom.

sang dans les selles (mais le malade souffre aussi d'hémorroïdes).

1946 : les radiographies de l'estomac révèlent deux ulcères gastriques. Gastrectomie sans aucun examen pulmonaire radio-scopique ni radiographique.

Pas de contrôle pulmonaire ultérieur.

Décembre 1952 - Janvier 1953 :

asthénie, amaigrissement, fébricule.
radiographie pulmonaire : tuberculose
nodulaire bilatérale avec caverne parahi-
laire gauche (lingula sur les tomographies)
bacilloscopie positive.
Traitement antibiotique triple (mais
hausées, vomissements)

Extension des nodules à gauche ; à droite
nettoyage.

Juillet 1954 : devant la persistance de
la caverne à gauche, on crée un pneumotho-
rax : bon collapsus - bacilloscopie négati-
ve.

Mai 1955 : réouverture de la caverne
dans le moignon
bacilloscopie positive
On pousse davantage le pneumothorax :
fermeture de la caverne
bacilloscopie négative.

Décembre 1956 : réouverture de la caver-
ne au même endroit (moignon)
bacilloscopie positive.

Abandon du pneumothorax - poursuite du
traitement antibiotique.

Le malade est actuellement encore suivi.

LE ROLE DE LA GASTRECTOMIE N'EST PLUS NIE

-:-

Il peut apparaître superflu de vouloir démontrer le rôle joué par la gastrectomie dans l'évolution tuberculeuse : depuis les travaux de BROUET et sa prise de position très ferme, de nombreux articles et thèses se sont succédés, qui ont confirmé ce rôle aggravant. Tous ces travaux l'ont dit, et sûrement mieux que nous.

Cependant, il rappelle que ce point de vue n'est pas admis par tous. Dans sa thèse en 1953, inspirée par JACOB, QUEREL écrivait encore : " Quant à nous, notre travail ne nous permet pas de conclure que la gastrectomie dans son ensemble favorise particulièrement l'apparition d'une tuberculose pulmonaire". Les chirurgiens sont encore plus évasifs : WORMANT et GOSSET ne signalent pas la tuberculose comme complication des gastrectomies. VERNE la mentionne : "Dans la même série catastrophique (les grands malades de la gastrectomie), il faut sans doute ranger la tuberculose pulmonaire". Mais DUMEE la signale comme fréquente.

Pour notre part, nous croyons au rôle aggravant de la gastrectomie. Ainsi dans les six observations citées plus haut (obs. n° 1, 2, 3, 4, 5, 6), il paraît difficile de nier ce rôle. On pourrait seulement discuter la part du terrain éthylique

dans les deux décès.

La différence d'opinion constatée relève peut-être de convictions personnelles. Si les chirurgiens admettent difficilement que la gastrectomie puisse faire éclore une tuberculose, ils se retrouvent d'accord avec tous les autres pour affirmer qu'une tuberculose pulmonaire est aggravée par l'intervention.

Voici un exemple où la gastrectomie fut écartée par médecin et chirurgien chez une tuberculeuse connue :

Observation N° 8

Mme BR... Sébastienne, 46 ans.

Ancienne tuberculeuse pulmonaire, traitée par pneumothorax, terminé début 1955. Suivie depuis sans histoire. Au mois de Décembre 1956, elle fait brusquement une perforation d'ulcus gastrique. Intervention d'urgence dans la nuit. Pas de gastrectomie ; suture de l'ulcère. Guérison. Suites opératoires simples.

Au mois d'Avril 1957, le cliché, les tomographies, la vitesse de sédimentation, le tubage montrent qu'il n'y a aucun signe de l'évolution tuberculeuse.

Sans doute, pourra-t-on nous objecter que l'évolution peut se faire dans des délais plus longs. Cependant, nous sommes persuadés que l'on a sagement agi en faisant ainsi, et qu'une gastrectomie eût été catastrophique.

ANTECEDENTS PHTISIOLOGIQUES DE CES GASTRECTOMISES

— : —

Dans sa communication sur la tuberculose des gastrectomisés à la Société Nationale de Gastroentérologie, BROUET déclarait : "Nos observations nous ont convaincu que la tuberculose des gastrectomisés correspond très souvent au réveil d'une lésion ancienne, à une poussée évolutive".

C'est là, à notre avis, le point capital.

LES CHIFFRES

Si l'on s'en tient seulement aux chiffres, on pourrait croire que la tuberculose des sujets indemnes avant la gastrectomie est très fréquente, plus fréquente même que celle des sujets suspects avant l'intervention.

Ainsi, à Brévannes, sur 29 tuberculeux gastrectomisés, nous trouvons seulement :

Pour un total de 29 malades

sujets	(à antécédents		
	(tuberculeux	1 (PSF)	4 %
	(ou suspects	3	10 %
sujets apparemment indemnes			25 86 %

Dans la petite collectivité que nous avons étudiée, nous trouvons :

Pour un total de 34 gastrectomisés
tuberculeux

sujets à antécédents	(certains	2	6 %
tuberculeux cliniques	(non précisés	1	3 %
sujets avec seulement une radiogra- phie suspecte		3	9 %
sujets apparemment indemnes		28	82 %

ETUDE CRITIQUE

En réalité , au Centre Hospitalier Emile Roux, à Brevannes, par la constitution même des dossiers, nous n'avons jamais eu en mains une radiographie antérieure à l'intervention. Et il nous est ainsi malheureusement impossible de savoir de façon certaine si un sujet était vraiment indemne ou suspect avant sa gastrectomie.

Dans la collectivité étudiée

Quatre seulement parmi les dossiers contenaient une radiographie antérieure. Il faut tout de suite préciser que ces radiographies n'avaient pas été demandées en vue d'un bilan préopératoire. Elles dataient de 1 an , 2 ans et 3 ans même, avant l'intervention. Pour celle-ci, l'on s'était contenté d'un examen radioscopique, comme pour tous les autres malades.

On pourrait évidemment nous objecter que si un premier examen avait entraîné une radiographie pulmonaire, c'est parce que ces malades paraissaient suspects. En fait, en reprenant les dossiers de ces malades, nous voyons qu'elles furent demandées à titre tout à fait systématique, pour des raisons mineures et banales : grippe, bronchite...

Or ces quatre radiographies ont toutes montré des images suspectes. Il ne peut guère s'agir d'un hasard.

Certes, nous aurions aimé apporter des chiffres plus importants mais il nous a été difficile de faire autrement, et précisé-ment parce que l'on ne s'était pas assez soucié d'un bilan pulmonaire préopératoire.

Là encore, nous devons laisser la parole à BROUET : "Ces constatations justifient un examen radiographique systématique de tous les patients pour lesquels la gastrectomie est envisagée. Toute image anormale doit être retenue et précisée par des tomographies. Même les discrètes lésions nodulaires ou réticulonodulaires que l'on détecte si fréquemment dans les sommets ou se projetant dans la région intercléidohilaire doivent retenir l'attention ; elles sont trop souvent considérées comme inactives et cicatricielles sans preuves suffisantes".

Pour les quatre malades dont nous avons eu la radiographie, l'évolution s'est faite à partir des ces images parahilaires. Rappelons-les brièvement :

M. D IR...

petits nodules calcifiés diffus, notamment au hile droit.

évolution : opacité apicale interne
puis foyer de l'apex droit

M. RAD...

Tractus sus-hilaires des deux côtés.
Petits nodules à la partie moyenne du champ gauche

évolution : accentuation des tractus
sur les tomographies : micro-
cavités.

M. POST....

Tractus dessinant une flammèche à la
partie moyenne du champ gauche.

évolution : nodules à l'apex gauche,
puis excavation.

M. AUT...

apex droit : amas nodulaire avec une
petite plage centrale.

évolution : poussée bronchopneumonique.

Nous pouvons affirmer notre conviction
que si les bilans pulmonaires préopératoi-
res comportaient tous au moins une radio-
graphie (et nos chiffres montrent que c'est
loin d'être le cas : pas une seule radio-
graphie avant l'intervention dans un lot
de 34 malades appartenant à une même col-
lectivité), l'on trouverait plus souvent,
le plus souvent même, des images suspectes
chez les sujets devenus tuberculeux.

A notre sens, la grosse majorité des
gastrectomisés devenus tuberculeux étaient
en réalité porteurs d'une tuberculose tor-
pide avant l'intervention.

DELAIS D'APPARITION

—:—

Nous voulons attirer l'attention sur les délais d'apparition de l'évolution tuberculeuse après la gastrectomie.

Il est admis en effet que l'évolution survient le plus souvent dans l'année ou les deux ans qui suivent. C'est le cas de nos malades M. RIC... (obs. N° I), M. DIR.. (obs. n° 2), M. POST... (obs. n° 5).

Mais il n'en a pas toujours été ainsi, bien au contraire. Ainsi, les trois autres malades dont nous avons cité les observations ont évolué 2, 4 et 6 ans après la gastrectomie.

Pour les 28 autres sujets de cette même collectivité, les délais moyens ont été de 5 à 7 ans.

Il en a été de même pour les 29 malades que nous avons étudiés au Centre hospitalier Emile Roux à Brévannes.

Il faut noter que, chez certains, l'évolution survint 10, 15, et même 20 ans après (dans ce dernier cas, le sujet avait présenté une pleurésie sérofibrineuse dans son enfance).

Nous devons donc conclure avec BROUET : que la surveillance radiologique des gastrectomisés doit être mensuelle pendant le

premier semestre, trimestrielle jusqu'à la cinquième année et semestrielle ensuite. Il faut ajouter que cette surveillance doit être poursuivie très longtemps, pratiquement toute la vie (une radiographie pulmonaire au moins chaque année). Et c'est là encore une notion très importante qui n'a peut-être pas assez retenu l'attention de tous les médecins.

Répetons que cette surveillance des gastrectomisés doit toujours comporter des examens radiographiques et non pas seulement radioscopiques.

MORTALITE ET MORBIDITE

LA MORTALITE

Dans la collectivité de la consultation phtisiologique, nous relevons deux décès (il s'agissait de malades porteurs en plus de tares éthyliques) sur 34 sujets, soit 5 %.

Chez nos malades de Brévannes, nous relevons quatre décès dans une série de 29 malades, soit 25 % :

cancer du pancréas (vérification)	I
--------------------------------------	---

Syncope après examen laryngologique banal	I
--	---

Cirrhose de Laënnec avec asystolie	I
------------------------------------	---

Poussée bronchopneumonique	I
----------------------------	---

La cause de la mort paraît être due le plus souvent à une tare associée : on observe ainsi deux poussées bronchopneumoniques sur un total de 63 malades étudiés.

LA MORBIDITE

Pour les autres sujets, le pronostic lointain ne semble guère meilleur.

Au point de vue vie sociale d'abord :

Ainsi, parmi les malades de la consultation phthisiologique, nous trouvons quatre mises à la réforme et à la retraite avant l'âge. Pour les autres, la question finira sans doute par se poser aussi.

Au point de vue pronostic vital :

Par exemple, pour nos malades de Brévannes, les 14 sujets sortis sur leur demande erraient d'un hôpital à l'autre, de sanatorium en sanatorium, de rechute en rechute.

Pour les 15 autres, qui purent être suivis, aucun n'a donné de ses nouvelles, mais deux sont déjà revenus pour une rechute.

Le pronostic lointain des tuberculeux gastrectomisés fait de rechutes avec aggravation à chaque fois apparaît donc plutôt sombre : ces sujets ne guérissent que très difficilement.

FORMES DE LA TUBERCULOSE

Nous avons relevé dans nos deux séries, deux poussées bronchopneumoniques seulement, survenues après une évolution de 1 an.

Nous n'avons trouvé aucune miliaire, aucune méningite tuberculeuse.

Dans l'ensemble, la tuberculose apparaît le plus souvent bilatérale :

CHER		
collectivité Brévannes		
unilatérales	3	8
bilatérales	31	21

Elle est bacillifère dans la majorité des cas :

	collectivité	CHER Brévannes
non bacillifères	0	4
bacillifères	34	25

Elle atteint les sommets de préférence.

	collectivité	CHER Brévannes
apicales	29	25

Dans toutes ces formes, on retrouve le caractère fibreux, qu'elles soient nodulaires ou cavitaires.

Elles évoluent par poussées nodulaires ou cavitaires, et ceci même sous traitement, ce qui en souligne le caractère tenace, plus marqué que dans les autres bacillooses. L'évolution est émaillée de rechutes. Citons ici une observation recueillie à Brévannes.

Observation n° 9

M. LE GU... Jean, 49 ans, porteur aux Halles.

1937 : gastrectomie pour ulcère ayant saigné (pas d'autres précisions sur l'importance et la répétition de l'hématémèse).

Mai 1951 : Début apparent de la tuberculose :

apex gauche : caverne
apex droit : quelques nodules
bacilloscopie positive.

Hospitalisé à Brévannes jusqu'en Janvier 1953.

Traitement antibiotique

Reprend son travail sur avis médical :
image stabilisée à droite,
à gauche, disparition de la caverne
bacilloscopie négative.

Janvier 1955 : Rechute - bacilloscopie positive

Hospitalisé à Paris 8 mois

Stabilisation - bacilloscopie négative

Septembre 1955 : Rechute - bacilloscopie négative, mais :

Extension des images fibreuses biapicales avec petite caverne sous-claviculaire gauche.

Envoyé de nouveau à Brévannes.

Avait reçu précédemment :

streptomycine 470 grammes
P.A.S. intraveineux 100 flacons
isoniazide 50 grammes

Traitement à Brévannes :

pasiniazide 86 grammes
repos absolu.

Etat radiologique stationnaire - bacilloscopies négatives. Sort en mai 1956, la tuberculose paraissant stabilisée. Le malade doit se faire suivre au dispensaire de son quartier.

En conclusion :

- pas de radiographie pulmonaire avant la gastrectomie
- terrain non éthylique

- Evolution 14 ans après l'intervention
- Deux rechutes
- Au total, plus de deux ans d'hospitalisation et de sanatorium
- Aspect fibreux biapical de la tuberculose
- Doses élevées d'antibiotiques
- Réserves pour l'avenir.

o

Nous pouvons dire ainsi que la tuberculose des gastrectomisés nous apparaît comme une tuberculose bilatérale de préférence, le plus souvent bacillifère, à tendance fibreuse; évoluant par poussées, C'est une tuberculose tenace, difficile à traiter, où les rechutes sont toujours à craindre.

ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES

LA PRINCIPALE ASSOCIATION

Elle paraît malheureusement être l'éthylisme.

La plupart de nos malades sont des alcooliques avoués ou évidents.

C'est ainsi que nous relevons les tares suivantes :

collectivité	1 avec ascite-polynévrite 1 avec cirrhose de Laënnec
Brévannes	2 cirrhoses 0 polynévrite

Le facteur éthylique paraît trop répandu pour que l'on puisse faire la part exacte de son rôle dans la tuberculose post-gastrectomie.

LES AUTRES LOCALISATIONS TUBERCULEUSES

ne paraissent pas très fréquentes.

A la consultation phthisiologique, nous n'en trouvons aucune.

A Brévannes, nous relevons :

tuberculose	laryngée	{ I certaine I suspecte
	urogénitale	I
	osseuse	0
	amyloïde	0

LES SEQUELLES DES GASTRECTOMIES

Les autres séquelles des gastrectomies ne paraissent pas non plus très fréquentes dans nos séries de malades : 3 sur un total de 63 malades (soit 5 %).

Nous relevons ainsi :

- un amaigrissement post-gastrectomie

Mais, dans ce cas, on peut discuter le rôle du terrain, le malade étant un vagabond. La poussée tuberculeuse est survenue après l'amaigrissement.

- un dumping-syndrome précoce

- un dumping-syndrome tardif.

Citons ces deux dernières observations :

Observation n° 10

M. CH... Louis, 48 ans, chauffeur-livreur.

1952 : gastrectomie pour ulcère du bulbe datant de 14 ans, avec sténose. La radiographie pulmonaire à cette époque n'aurait rien montré d'anormal (nous ne l'avons pas vue).

1954 : atteinte de l'état général
radiographie : tuberculose ulcéronodulaire à prédominance gauche - bacilloscopie positive.

D'abord hospitalisé, puis envoyé dans divers sanatoria, le dernier étant Brévannes.

Soit 2 ans d'hospitalisation et de sanatorium.

Depuis 1953 : malaises aussitôt après les repas (il en prend 3 par jour) avec sueurs. Ces malaises sont calmés par le décubitus.

Reçoit en tout :

streptomycine	170 grammes
P.A.S. intraveineux	160 flacons
isoniazide buccal	10 grammes
isoniazide suppositoires	100 grammes

A noter une intolérance à l'isoniazide buccal, intolérance traduite par des signes digestifs.

Sort en Décembre 1956, avec une image stabilisée : tuberculose fibreuse des deux sommets ; bacilloscopies négatives ; culture négative.

En conclusion :

- dumping syndrome précoce avec intolérance à l'isoniazide buccal.
- Doses d'antibiotiques très élevées
- Images séquelles assez importantes.
- Avenir réservé quant aux rechutes.

o

Observation n° 11

M. HAF... Djerini, sans domicile fixe, 42 ans.

1950 : gastrectomie pour ulcère.

Depuis l'intervention : malaises hypoglycémiques fréquents (vérifiés par le

dosage), survenant après les repas (deux à trois heures après), allant jusqu'à la syncope.

1953 : découverte de la bacillose pulmonaire, à l'occasion d'un de ces malaises ayant entraîné l'hospitalisation

bacilloscopie négative

radiographie : absente du dossier

Nombreux séjours dans plusieurs hôpitaux.

Traiterent :

P.A.S. intraveineux	)	
streptomycine	)	à des doses non
isoniazide	)	précisées

Malade particulièrement indocile.

1956 : Infiltrat sous-claviculaire droit
bacilloscopie positive
antibiothérapie triple
régression des lésions.

Sorti avec des images séquelles, après un séjour de 7 mois.

En conclusion :

- dumping-syndrome tardif.
- l'indocilité du malade a contribué à aggraver sa tuberculose.
- A noter que le malade vient de rentrer à Brévannes pour une rechute.

INTOLERANCES AUX TRAITEMENTS

- : -

Les antibiotiques antituberculeux passent pour être assez souvent mal tolérés par les tuberculeux gastrectomisés. On a rapporté en particulier de nombreuses intolérances aux médications données par voie orale, et entraînant des nausées, des brûlures épigastriques, voire des vomissements. L'isoniazide et l'acide paraaminosalicylique sont spécialement incriminés. "La médication orale est souvent mal supportée par ces patients" (BROUET). De nombreux auteurs ont depuis mis l'accent sur ces intolérances, même par d'autres voies (la voie rectale pour l'isoniazide).

LES CHIFFRES

Nous avons été surpris, au contraire, de relever peu d'intolérances dans une série assez nombreuse de malades.

C'est ainsi que sur un total de 63 patients, nous notons :

Intolérance à l'isoniazide	buccal	3
	suppositoire	0
Intolérance au P.A.S.	buccal	1
	intraveineux	1

soit 8 % des malades.

DISCUSSION DES CHIFFRES

Il faut observer que l'acide paraaminosalicylique peut donner des intolérances, aussi bien par voie veineuse que buccale, et à vrai dire moins nombreuses qu'on ne l'a dit, chez des sujets porteurs de leur estomac. Dans le cas d'intolérance par voie veineuse que nous citons, nous devons ajouter que le P.A.S. fut d'abord longtemps bien supporté (172 flacons). La voie orale fut mal tolérée chez un éthylique.

Quant à l'isoniazide, nous avons trois observations d'intolérance à la voie buccale. Mais dans ces cas, le médicament fut très bien supporté en suppositoires. Et l'un de ces sujets présentait même un dumping-syndrome précoce (Cf. obs. n° 10 M. CH... Louis)

Il ne reste donc aucun véritable cas d'intolérance à l'isoniazide dans notre série de 63 malades.

En résumé, nous pouvons dire que les intolérances aux thérapeutiques antituberculeuses ne nous ont pas paru plus fréquentes chez les tuberculeux ayant été gastrectomisés que chez ceux qui ont gardé leur estomac.

L'agastrie ne semble pas favoriser spécialement une intolérance à la thérapeutique.

CONSIDERATIONS PATHOGENIQUES

Dans la genèse de la tuberculose des gastrectomisés, plusieurs faits nous semblent jouer :

1° - Chez les malades devenus tuberculeux après la gastrectomie et qui n'avaient aucune lésion tuberculeuse avant l'intervention (à notre sens, c'est la minorité), la gastrectomie a un rôle phtisiogène complexe sans doute, dominé par les modifications nutritionnelles chez l'opéré, le traumatisme opératoire et ses suites psychosomatiques. La mauvaise diététique des sujets (alcoolisme inclus) garde d'autre part toute sa valeur. Elle paraît à retenir non seulement comme facteur déterminant aggravant de la maladie ulcéreuse, mais aussi comme élément étiologique fréquent d'une tuberculose post-opératoire.

2° - Très souvent, et peut-être dans la majorité des cas, l'on retrouve chez les malades gastrectomisés et soignés ultérieurement pour une tuberculose pulmonaire, des stigmates préopératoires d'une tuberculose pulmonaire d'allure cicatricielle.

Cette constatation nous paraît de la plus grande importance.

a) Il est évident que chez le tuberculeux stabilisé, fût-il porteur d'un minimum

d'flots lésionnels stabilisés, la gastrectomie peut, plus que chez tout autre, par les diverses conséquences envisagées ci-dessus favoriser l'éclosion tuberculeuse.

b) Mais surtout la précession de la tuberculose pulmonaire pose le problème des facteurs étiologiques mêmes de la maladie digestive chez ces malades.

1 - VAGUE, BONNEAU et LEGRE

ont étudié les réactions de la muqueuse gastrique chez des tuberculeux anciens, le plus souvent chroniques.

Ils rappellent la rareté d'une tuberculose gastrique caractérisée et le fait que l'ulcère gastroduodénal ne semble pas plus fréquent chez les tuberculeux qu'ailleurs.

Ils précisent divers points :

- rareté d'une chlorhydrie normale ou augmentée chez les ulcéreux tuberculeux, où l'hypo ou l'achlorhydrie sont la règle, par contre.

- rôle phtisiogène incontestable de la gastrectomie chez les sujets à passé tuberculeux (OLMER).

- fréquence d'une gastrite fonctionnellement latente chez les tuberculeux.

- chez les tuberculeux chroniques, on relève l'achlorhydrie dans 88 % des cas (72 % après histamine).

- histologiquement, la muqueuse n'est normale chez eux que dans 50 % des cas :

dans 25 % des cas, il y a gastrite interstitielle pure,

Dans 25 % des cas, il s'y ajoute des lésions épithéliales atrophiques (surtout chez les éthyliques).

Des altérations assez semblables se retrouvent dans des troubles somatiques non actuellement tuberculeux et permettent ainsi de discuter l'étiologie tuberculeuse directe de ces lésions susceptibles d'être dues uniquement à une expectoration purulente, quelle que soit sa nature.

2 - Pour CHEMEDAULT et BERTIN (Jal de Pneumo-Phtisiologie d'AFN)

sur 115 tuberculeux récents, 108 fois l'on retrouve des stigmates de gastrite, soit dans 94 % des cas. Cette gastrite est presque toujours strictement latente fonctionnellement, mais répond à une lésion gastrique moyenne ou sévère dans 51 % des cas. On l'observe chez l'homme relativement âgé et chez les dénutris. Elle est d'autant plus accusée que les lésions sont étendues. Enfin et surtout, elle réagit favorablement au traitement antituberculeux par voie orale et il est vraisemblable que P.A.S. ou Isoniazide agissent directement sur l'état gastrique.

3 - Ces études montrent que :

si la maladie ulcéreuse n'a pas une pathogénie tuberculeuse directe et évidente, la tuberculose même discrète lèse dans un nombre considérable de cas la muqueuse gastrique.

Or l'étude de quelques faits précis nous a prouvé que chez les sujets soignés pour tuberculose pulmonaire après une gastrectomie, l'on retrouve le plus souvent les stigmates souvent très anciens d'une tuberculose pulmonaire apparemment guérie.

Certes de telles constatations sont assez courantes et l'incidence d'une tuberculose ancienne sur la maladie ulcéreuse ultérieure et ses suites phtisogènes seraient à discuter sur une base statistique plus solide, particulièrement difficile à réaliser. Il n'en reste pas moins que l'antécédent pulmonaire est à prendre en considération ainsi que la "gastrite d'accompagnement". Cette dernière doit avoir une responsabilité non négligeable dans le déterminisme de la gastropathie, et celle-ci ne devrait jamais être traitée médicalement ou chirurgicalement sans une enquête phtisiologique poussée et complète.

CONCLUSIONS

-:-

Nous avons étudié dans deux collectivités différentes (une consultation phthisiologique et un sanatorium) deux groupes de tuberculeux ayant été gastrectomisés. Nos conclusions sont les suivantes :

Médecins et chirurgiens ne se soucient pas assez d'un bilan pulmonaire complet chez les sujets proposés à une gastrectomie. On se contente habituellement d'un examen pulmonaire radioscopique. Nous devons après tant d'autres, répéter qu'il faut dans tous les cas exiger une radiographie pulmonaire, de bonne qualité, et qui devra être interprétée avec beaucoup de soin. Une image subnormale doit faire demander d'autres examens (tomographies et bacilloscopies) et au besoin les répéter.

- Chaque fois que nous avons retrouvé, dans les dossiers de nos malades, des documents radiographiques antérieurs à l'intervention, nous avons constaté des images subnormales ou séquelles d'une tuberculose apparemment stabilisée. La tuberculose dite des gastrectomisés apparaît en réalité comme une poussée évolutive d'une tuberculose antérieure à l'intervention - tuberculose qui était torpide, stabilisée en apparence.

Il ne faut jamais oser une gastrectomie chez un sujet même simplement suspect, sauf

la main forcée.

- Très souvent, nous avons noté la suite : petite tuberculose torpide - gastropathie - gastr ectomie-tuberculose pulmonaire torpide mais lentement et inexorablement extensive chez des alcooliques. Chez eux, plus que chez tout autre, l'abstention chirurgicale est souhaitable quand elle est possible.

- Les tuberculoses que nous avons ainsi étudiées apparaissent comme des tuberculoses à tendance fibreuse, biapicales, bacillifères le plus souvent. Elles sont tenaces, très longues à traiter ; elles évoluent par poussées assez peu importantes dans l'ensemble, mais particulièrement récidivantes. Malgré des traitements prolongés, avec des doses d'antibiotiques importantes on aboutit à des résultats médiocres, avec persistance d'images séquelles importantes parfois. Et même chez un sujet en apparence stabilisé, les rechutes sont toujours à craindre.

- Les intolérances médicamenteuses ne nous ont pas semblé plus fréquentes que chez les tuberculeux non gastrectomisés.

- Le pronostic de ces tuberculoses apparaît sévère ; par la durée du traitement, la fréquence des rechutes, entraînant des arrêts de travail prolongés, la réforme et la mise à la retraite ; mais aussi à plus longue échéance : aggravation à chaque rechute, résistance aux traitements, avenir très réservé.

Vu :
Le Président
Signé :
JUSTIN-BESANÇON

Vu :
Le Doyen :
Signé :
L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : JEAN SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

--:--

La bibliographie sur la tuberculose des gastrectomisés est très fournie. Nous ne pouvons que citer quelques travaux :

BERTRAND J.

Tuberculose pulmonaire et gastrectomie
Concours Médical 5 septembre 1953 75
n° 36 2707-2708

BROUET, MARCHE J. et PALEY

Tuberculose pulmonaire et gastrectomie
Arc. Mal. App. dig. 1952 41 n° 4 385-
392

BRUN, PLAUCHU, BERTOYE et LEVY

Ulcères gastroduodénaux et tuberculose
pulmonaire dite des gastrectomisés
Lyon Médical 1952 187 n° 27 3-8

CHEME DAULT et BERTIN

Jnal de Pnophitis. d'A.F.N. tome V
n° 4 1956 177-196

DANA, SEBAG, BROSONI et THONIER

Polycarence grave et tuberculose pulmo-
naire chez une gastrectomisée
Pr. Médicale 1952 60 n° 34 756

DESPIERRES, G., FAYOLLE J. et ROSSET S.

Gastrectomie et tuberculose
Lyon Méd. 24 Oct. 1954 192 n° 43
337-352

DUMÉE M.G.

Rapports de la tuberculose pulmonaire
et de la gastrectomie pour ulcère
Thèse Paris, mars 1952 141 pages

DUSSERT A.

Ulcères gastroduodénaux dans la tu-
berculose pulmonaire - Notion de
terrain
Revue de la Tuberculose Oct. 1955 19
n° 8-9 1022-25

FRISCH A. et BOCK E.

Gastrectomie et tuberculose pulmonaire
Wien Med. Wschr. 14 mai 1955 105 n° 19
375-376

GAVISIER D.

Recherche et détermination clinique
de 416 cas consécutifs d'opérations
pour ulcères
Surgery 1948 24 n° 5 873-916

HILLEMAND, MATTEI et B. HILLEMAND

Gastrectomie et tuberculose pulmonaire
Arch. Mal. App. dig. 1952 41 n° 5
556-557

ISORNI, FABRE et al.

Gastrectomie et tuberculose
Rev. Tub. 1948 12 N° 5-6 393-395

JOUISSE J.

Contribution à l'étude de la tubercu-
lose pulmonaire chez les gastrectomisés
Thèse Paris 1955 110 53 pages

KEROMEST J.Y.

Contribution à l'étude des rapports
de la tuberculose pulmonaire avec la
maladie ulcéreuse gastro-duodénale
Thèse Paris 1955 n° 393 84 pages

LEGRE M.

Thèse Marseille 1954

MARCHE J.

La tuberculose pulmonaire des gastrectomisés

Gaz. Med. France 1952 59 n° 20 1235-1236

OLMER J. et HUGUET R.

La tuberculose pulmonaire chez les gastrectomisés

Arch. Mal. App. dig. 1950 39 n° 9-10 986-987

QUEREL P.F.A.

Contribution à l'étude statistique des rapports entre la gastrectomie pour ulcère gastroduodénal et la tuberculose pulmonaire

Thèse Paris n° 231 80 pages

SOUPAULT

Gastrectomie et tuberculose pulmonaire

Arch. Mal. App. dig. 1952 41 n° 5 555

VAGUE et BONNEAU

La muqueuse gastrique des tuberculeux pulmonaires

Presse Médicale 29 Janvier 1955 n° 7 112-113

VERNE J.M.

La raison de la gastrectomie

Revue du Praticien Octobre 1951 n° I

MORETTI G. et GEYER A.

Le syndrome carentiel complexe post-gastrectomie. Etude clinique, biologique et histochimique

Presse Médicale 8 février 1956 64 n° II 226-231

LEMAIRE et CASASSUS P.

Le syndrome carentiel complexe oedéma-
teux des gastrectomisés

Presse médicale 13 mars 1957

GAEHLINGER H.

La pathologie digestive en 1955 :
le dumping syndrome

Revue du Praticien 1955 tome V n° II

Avril 1955

